

หลักฐานการรับคำขออนุญาต เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

สถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่ได้.....

เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

☐ เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้.

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- | | | |
|--------------------------|--|--------|
| ☐ | แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๐)” | ๑ ฉบับ |
| ☐ | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ | ๑ ฉบับ |
| ● | กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร | ๑ ชุด |
| ● | กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน | ๑ ชุด |
| ☐ | แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๒)” | ๑ ฉบับ |
| ☐ | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการ | ๑ ฉบับ |
| ☐ | รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ครึ่งตัวหน้าตรง ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี) | ๓ รูป |
| ☐ | รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ครึ่งตัวหน้าตรง ขนาด 8 x 13 เซนติเมตร (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี) | 1 รูป |
| ☐ | ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) | ๑ ฉบับ |
| ☐ | ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(ตัวจริง) | ๑ ฉบับ |

- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบชื่อสถานพยาบาลถูกต้องตามกฎหมายกระทรวงฯ

๑ เล่ม

แบบ
ส.พ. ๑๐

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ

ผู้รับคำ

ขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำ

สัญชาติ

อายุ

ปี

☐ ๑.๒ นิตินบุคคล

โดย (๑)

..... เลขประจำตัว

และ (๒)

.....เลขประจำตัว

เป็นนิตินบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ

.....เลขทะเบียน

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพ ☐ บาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ

ตั้ง

อยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์

อิเล็กทรอนิกส์

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น

☐ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น

☐ เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

☐ การเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับอนุมัติ หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย เป็น

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น

☐ อื่นๆ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยายาล
หลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
☐ สมุดทะเบียนสถานพยายาล ☐
สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

เอกสารที่เป็น

สำเนาบัตรประชาชน/

.....
.....

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต
(
.....)

แบบ ส.
พ. ๒๒
ที่..... เลขรับ
วันที่.....
.....
.....
ลงชื่อ
..... ผู้รับคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยายาล

เขียนที่
.....
.....
วันที่ เดือน
..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

.....
.....
เลขประจำ..... อายุ.....ปี สัญชาติ

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยายาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้
ค้างคืนเตียง
ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่
..... เดือน พ.ศ.

.....
ลักษณะของสถานพยายาลณ สถานพยายาล ชื่อ
.....
.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก
..... ถนน
.....
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
..... จังหวัด
..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
.....

๒.มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น

.....
.....

☐ การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ เป็น

.....
.....

☐ การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด เป็น

.....
.....

☐ การเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ที่ให้บริการ เป็น

.....
.....

☐ อื่นๆ

.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)...(รูปถ่าย ขนาด ๒..๕x๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน

หนึ่งปี)

(ลายมือชื่อ).....

.ผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ